

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Viviane Capitani Ferreira¹
Diogo Henrique da Silva Paiva²

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um instrumento de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios voltam-se a práticas de atendimento integral e hierarquizado, além da observância da territorialização e adoção do trabalho multidisciplinar. Ao adotar a prática multidisciplinar verifica-se que seu objetivo volta-se à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, centrando atenções na família e compreendendo-a a partir do seu ambiente físico e pessoal. E é a partir deste enfoque que, através de revisão bibliográfica, este trabalho busca verificar a importância da adoção da Educação em Saúde, visto que esta se caracteriza por saberes e práticas orientadas a fim de prevenir doenças e promover saúde. Diante disto entende-se que todos os profissionais do PSF devem adotar práticas de Educação em Saúde a fim de fornecer assistência integral à população.

Palavras-chave: Programa Saúde Família. Trabalho Multidisciplinar. Educação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho nasceu da necessidade do aprofundamento do estudo e teve como metodologia o levantamento de bibliografias que identificam as melhorias que tendem a ocorrer nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que se insiram num Processo de Educação em Saúde.

A escolha do tema “A importância da Educação em Saúde nas Equipes do Programa Saúde da Família” se fez, justamente, por entender que ao longo dos anos de implantação deste novo modelo de assistência à saúde, muitos foram os alcances, mas também muitos foram os limites por ele encontrados. E são, justamente, estes alcances e limites que alimentam novas discussões.

Buscar-se-á abordar nesse artigo a importância da Educação em Saúde como um agente facilitador do trabalho nos núcleos deste Programa. Tendo em vista que este estudo tem como foco principal o reconhecimento da saúde como direito social e considerando-se a fala da escritora Amélia Cohn (2005, p.68), verifica-se que,

A Constituição Federal contempla a saúde como direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos [...]

E, partindo desse pressuposto será abordado o processo de sua implantação, a busca por um novo modelo de atenção à saúde, o con-

¹Viviane Capitani Ferreira é Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário do Sul de Minas (UNIS/MG). <vivianecapitaniferreira@hotmail.com>

²Diogo Henrique da Silva Paiva é Graduado em Ciências Sociais pela Unesp (FCL/Araraquara); Mestre em Sociologia pela Unesp (FCL/Araraquara); Graduando em Ciências Econômicas (Unifal); Professor de Metodologia Científica (Unis - MG), Ciências Sociais (Unifenas), Sociologia, Ética e Filosofia (Unifeg); Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Gestão Social: Políticas Sociais, Saúde e Assistência Social (Unis - MG) e atuou como orientador na construção deste artigo. <diogopaiva2001@yahoo.co.uk>

ceito sobre Educação em Saúde, dentre outros assuntos elencados a fim de subsidiar a análise inicialmente sugerida.

Para isso, muitos referenciais teóricos foram utilizados, o que proporcionou amplo crescimento científico e novas perspectivas diante da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) aliado à lógica da Educação em Saúde.

Acredita-se na sua importância, visto que, poderá subsidiar a construção de outros artigos com a mesma finalidade, trazendo contribuições significativas para quaisquer Equipes de Saúde da Família que por ele se interessem.

2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

2.1 O Processo de Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil.

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 1994³ com o intuito de contribuir para a construção e consolidação do SUS. Ele surge em meio a um difícil contexto da política de saúde brasileira para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica. (BRASIL, 1997).

De acordo com o artigo “Os avanços do Programa de Saúde da Família no Brasil”⁴ o PSF sofreu fortes influências das experiências desenvolvidas na área da saúde pública de países como Cuba, Inglaterra, Canadá entre outros. Foram estes que iniciaram, na década de 1980, as primeiras mudanças referentes aos serviços de saúde prestados à população.

O PSF então, adotou características próprias e se adaptou às realidades brasileiras. Foi utilizado como um mecanismo a fim de atender ao disposto na Constituição Federal (1988) e na Lei

Orgânica da Saúde (1990), principalmente quanto a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando-se o que nos diz Pereira (2004, p.32) verifica-se que “a promoção da saúde se realiza, portanto, pela articulação entre sujeito e coletivo, público e privado, Estado e sociedade [...]” O que se deve buscar é a ruptura da fragmentação no tratamento da saúde e de ações isoladas.

E de acordo com o professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Jairnilson Silva Paim (2003a, p.568), o modelo de atenção ou modelo assistencial se traduz em “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação.”

Assim, verifica-se que a expansão do número de unidades do PSF nos últimos anos tende a favorecer a equidade⁵ e a universalidade⁶ da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas em meio a comunidades mais vulneráveis⁷ a situação de adoecimento. Contudo, tal afirmação não é o bastante para assegurar a qualidade e a integralidade das ações e dos serviços ofertados por estas unidades de saúde.

2.2 Os Princípios da Unidade Básica de Saúde da Família.

O PSF se organizou buscando atender a três princípios básicos. São eles:

- a) Integralidade e Hierarquização: A unidade de saúde da família deve desenvolver ações condizentes com a atenção básica⁸. Ou seja, está inserida no primeiro nível de ações e serviços que devem ser ofertados pelo sistema municipal de saúde.

³No Brasil a origem do Programa de Saúde da Família remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição Federal, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção à saúde.

⁴Maiores informações disponíveis em: <<http://www.webeartigos.com/articles/21277/1/os-avancos-do-promograma-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/pagina1.html>> Acesso em: 19 de Ago. 2009, 08h45min.

⁵Equidade – O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam. (PEREIRA, 2004, p.10)

⁶Universalidade – Significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda atenção necessária, sem qualquer custo. (PEREIRA, 2004, p.09)

⁷Por vulnerabilidade entende-se as circunstâncias em que os indivíduos ou famílias não possuem capacidades suficientes para enfrentar situações de crise decorrentes de insuficiência de renda, de não satisfação das necessidades básicas ou da violação de direitos. (AVRITZER, 2006, p.64).

- b) Territorialização: O PSF deve exercer a vigilância em saúde⁹, por isso seu trabalho centra-se no território de sua abrangência.
- c) Equipe Multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é hoje composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Para Pereira (2004, p.31) são atribuições desta equipe, responsabilizar-se pela situação de uma determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 (duas mil e quatrocentas) e no máximo 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

Esta população deve ser cadastrada e acompanhada, e os profissionais devem ir até as suas casas, afinal, o objetivo principal da Saúde da Família é aproximar as equipes das comunidades.

2.3 A Busca por um Novo Modelo de Atenção à Saúde.

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o PSF como uma Política Nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária.

Ele se direcionou a fortalecer a Política do SUS, voltando-se prioritariamente a promoção da saúde e a prevenção de riscos, adotando o trabalho multidisciplinar e centrando atenções voltadas à família¹⁰, entendida e per-

cebida a partir do seu ambiente físico e social. Fato que possibilita as Equipes de Saúde da Família uma compreensão que se amplia diante do processo de saúde-doença.

Baseando-se na fala da Assistente Social, especialista em Saúde da Família, Maria Regina Fagundes de Paula Netto¹¹, verifica-se a adoção da seguinte estratégia:

[...] substituir as práticas tradicionais de assistência centradas na doença, por um novo processo de trabalho que se comprometa com a solução dos problemas de saúde, com a prevenção de doenças, bem como com a promoção da qualidade de vida da população.

O PSF refere-se primordialmente à saúde¹², e não à doença, e, por isso, é tão importante que suas equipes estejam devidamente articuladas e estruturadas para atenderem sua nova demanda.

Os profissionais que atuam nas equipes do PSF devem ser inseridos continuamente em processos de capacitação e qualificação a fim de compreenderem a Política do SUS de forma mais abrangente. E princípios como o da equidade e da integralidade¹³ devem ser amplamente trabalhados e discutidos.

A estratégia de vigilância em saúde, preconizada por este Programa, pode contribuir para a tão esperada reorientação do modelo assistencial na medida em que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença (PAIM, 2003b).

Buscar-se-á um olhar profissional totalizador, capaz de apreender o indivíduo bio-

⁸O SUS ordena o cuidado com a saúde de acordo com níveis de atenção, que podem ser: básica, média e alta complexidade. A atenção básica deve oferecer um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolvem-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (PEREIRA, 2004, p.30).

⁹Compete aos gestores municipais exercerem atividades de vigilância em saúde. Estas podem se dar através da notificação e busca ativa de doenças compulsórias; surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e nascidos vivos, dentre outras. (PEREIRA, 2004, p.33)

¹⁰Família pode ser entendida como um grupo ligado por laços de parentesco ou afinidade, que formam um grupo vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros. (YASBECK et al, 2007, p.136).

¹¹Maiores informações disponíveis em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/trabalho.pdf>>. Acesso em: 04 Ago. 2009, 11h50min.

¹²A partir da Promulgação da Constituição Federal (1988) a definição do conceito saúde foi ampliada. Considera-se saúde como o resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

¹³Integralidade – O SUS deve oferecer atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade. (PEREIRA, 2004, p.10)

¹⁴Para apreender o indivíduo bio-psico-socialmente é necessário considerar três fatores. São eles: o biológico, o psicológico e o meio social onde ele está inserido.

psico-socialmente¹⁴, capaz de articular/integrar as ações preventivas, promocionais e curativas. Um profissional intrinsecamente integrado a uma equipe multidisciplinar que possua uma compreensão abrangente dos problemas relacionados a saúde. E que assim, possam assegurar intervenções mais efetivas.

Como já foi referido anteriormente, pode-se afirmar que o PSF é definido, atualmente, como uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que o que se espera é uma reorganização da atenção primária e não lhe é previsto um tempo para sua finalização.

O Governo emitiu a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, ficando estabelecido que o PSF seria a estratégia prioritária para a organização da atenção básica.

2.4 Conceito sobre Educação em Saúde.

Para Costa e Lopes (1996) apud Alves (2004, p. 43) a Educação em Saúde pode ser entendida, de maneira mais ampla, como um conjunto de saberes e práticas orientadas para atingir a prevenção de doenças e promoção da saúde.

É, atualmente, um recurso utilizado por profissionais que atuam na área da saúde e que possuem o objetivo de oferecer subsídios à população, para que assim, esta adote novos hábitos e condutas que as conduzam a uma vida mais saudável.

Segundo Vasconcelos (1989) a atenção básica à saúde é caracterizada como um espaço privilegiado para se adotar práticas educativas em saúde, visto que este serviço apresenta algumas particularidades que os aproximam da população. E essa aproximação pode ser utilizada de modo a fazer uso de ações tanto preventivas, quanto promocionais.

No âmbito do PSF, a educação em saúde deveria ser atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe mínima prevista. Afinal, o que se espera destas equipes é que estejam aptas

a fornecer assistência integral à população diante das mais diferenciadas situações.

As equipes devem ser capacitadas a ponto de identificar situações de risco à saúde, de criar e fortalecer vínculos com a população referenciada e também, capazes de desenvolver processos educativos voltados à saúde.

Neste Processo de Educação em Saúde as trocas interpessoais, a relação entre o profissional e o usuário, o diálogo e o respeito ao saber popular devem ser resguardados, tendo em vista que o que se busca é, justamente, uma maior aproximação entre estes dois pólos, rompendo com a verticalidade existente na relação entre profissional x usuário.

A mútua colaboração entre o saber técnico e o saber popular é vista por Vasconcelos (1999) como uma estratégia capaz de reorientar as práticas em saúde.

Desde a década de 1970, ampliou-se a compreensão do processo de saúde-doença, este processo passou a ser entendido como resultante das inter-relações dos fatores sociais, econômicos e culturais. Assim, o modelo emergente de educação em saúde deve ser preconizado de modo a utilizar o diálogo como um instrumento essencial, reconhecendo e consolidando que os usuários são sujeitos e possuem autonomia¹⁵ e saberes próprios.

2.5 A Importância da Qualificação e Capacitação Continuada dos Profissionais.

Acredita-se ser de fundamental importância a inserção e a manutenção dos profissionais que atuam junto às equipes do PSF no processo de Educação em Saúde, para que assim, os usuários do SUS contem com mais qualidade diante dos serviços ofertados e, mais do que isso, façam parte de um processo em que a fragmentação das ações e a não objetivação dos sujeitos sejam negados.

Em consonância com a Constituição Federal (1988)¹⁶ e com a Lei Orgânica da Saúde (1990)¹⁷ a

Uma pessoa autônoma possui condições para deliberar, decidir quanto às alternativas que lhes são apresentadas, podendo atuar conforme a sua escolha.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASÍLIA (DF). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Lex: Coletânea de Leis*, Belo Horizonte, 4.ª. p. 61, 2005).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASÍLIA (DF). Lei Orgânica da Saúde. *Lex: Coletânea de Leis*, Belo Horizonte, 4.ª. ed. p. 78, 2005).

assistência a saúde deve-se dar de maneira integral e articulada a um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos. Sendo que essa integralidade também condiz com a organização dos serviços e com as práticas de saúde.

Quando a nomenclatura PSF é pronunciada, muitas pessoas o idealizam como um Posto de Saúde e não como uma Estratégia de Saúde. E ainda não são capazes de compreender seus objetivos, que focalizam o indivíduo e a família.

Diante desta exposição faz-se extremamente necessário que as equipes de saúde atuantes sejam continuamente estimuladas a se capacitar, contribuindo assim com a mudança de pensamentos e hábitos da população.

Sabe-se que as equipes de saúde da família são preparadas para desenvolver as mais diversas atividades, tais como: busca ativa de doenças (através da realização de visitas domiciliares¹⁸), acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados, além do fornecimento de medicação. Ou seja, são justamente estas equipes que mais se aproximam da realidade vivida pela população referenciada. Fato este que possibilita a criação e o estreitamento de vínculos, trazendo melhorias para esta mesma comunidade e contribuindo para a integralidade da prática profissional e com a organização dos serviços prestados.

Se a realidade vivenciada no Brasil demonstra que a Política de Saúde sempre foi marcada por ações verticalizadas, busca-se agora que os programas de saúde se operacionalizem de maneira horizontalizada.

Dessa maneira, a integralidade da prática e da organização dos serviços identificariam os problemas a serem enfrentados pelas equipes,

seguindo sempre a ótica da população referenciada. Uma vez que “a educação em saúde é troca de saberes baseada no diálogo, um intercâmbio entre o saber científico e o popular em que cada um tem muito a ensinar e aprender.” (VASCONCELOS, 1989).

Surge a partir desta afirmação a compreensão de que o profissional continuamente capacitado seja capaz de abordar a população de maneira mais totalizadora, apreendendo os sujeitos de maneira bio-psico-social e visualizando as necessidades mais abrangentes dos mesmos.

3 CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho muito se discutiu que, para que se haja a reorientação das práticas de saúde, bem como a renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilidade existentes entre os trabalhadores da área da saúde e da população usuária dos serviços, faz-se necessária a reorganização da atenção básica em saúde. O exercício de pensar no PSF como uma Estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente já sinaliza o início de um processo de ruptura com as práticas assistenciais convencionais.

Preconiza-se que os objetivos a serem alcançados com a adoção da Educação em Saúde sejam: a humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de vínculos entre a população e os profissionais; a democratização das informações referentes ao processo de saúde e doença; o desenvolvimento da cidadania, através do reconhecimento, por parte da população, dos seus direitos mais essenciais e, por último, o estímulo a organiza-

¹⁸A realização da visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário. É possível contatar “in loco” as reais condições de habitação, bem como as relações familiares. Preconiza-se que cada família cadastrada no PSF receba, no mínimo, uma visita domiciliar por mês, respeitando aquelas que pelas condições de risco a que estão submetidas, necessitam de serem visitadas com maior frequência.

¹⁹Pereira (2004, p.16-17) afirma que a participação da comunidade no SUS deve acontecer por meio das Conferências Municipais de Saúde e pelos Conselhos Municipais de Saúde.

As Conferências de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representantes dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASÍLIA (DF). Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 *Lex*. Coletânea de Leis, Belo Horizonte, 4^o. ed., p.95, 2005).

Os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (...). (BRASÍLIA (DF). Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 *Lex*. Coletânea de Leis, Belo Horizonte, 4^o. ed., p.95, 2005).

ção e participação popular¹⁹. Estes são objetivos que se concretizados tornariam o processo de vigilância em saúde muito mais acessível.

As estratégias do PSF remetem a um modelo de Educação em Saúde coerente com os princípios defendidos pelo SUS, visto que as suas práticas são voltadas para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos e, também, previstas pela sua política. E esta deve ser desenvolvida por todos os profissionais que nele atuam. Ao adotar o desenvolvimento de práticas voltadas para a Educação em Saúde seria possível o desenvolvimento deste auto-cuidado, o que implica ir além das práticas curativas.

A Psicóloga do Instituto Coletivo de Saúde Pública, Vânia Sampaio Alves (2004, p.50) aponta que “educar para obter mais saúde

implica ir mais além da assistência curativa, significa priorizar intervenções preventivas e promocionais à saúde”. E a adoção destas práticas pelas equipes significaria a assimilação do princípio da integralidade.

Reconhecer, respeitar e aproveitar os saberes próprios dos usuários deste Programa, traçando metodologias de trabalho a partir da necessidade específica de cada comunidade referenciada, seria a melhor maneira de abordar esta Estratégia de Saúde, pautando-se sempre na Educação em Saúde.

Adotar a Educação em Saúde como um meio de estimular o debate, a reflexão, as propostas e as ações que superem a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Que possibilite formar pessoas comprometidas com a luta contra as desigualdades sociais.

THE IMPORTANCE OF HEALTH EDUCATION FOR FAMILY HEALTH PROGRAM'S TEAMS

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) was initiated by the Brazilian Ministry of Health in 1994 as a means to build up and consolidate the Universal Health System (SUS). Its principles are based on the full assistance to the family. It covers a determined geographical area and it offers multidisciplinary support. Due to the multidisciplinary character its objectives are the promotion, the prevention and health rehabilitation, focusing on the family and its comprehension of physical and personal levels. Through the bibliographic study and the focus on the family, the present work can certify that the adoption of health education is very important because its objective is to promote health and to prevent illnesses. Therefore it concludes that all professionals that belong to the Family Health Program ought to embrace Health Education in order to provide full support to the population.

Key words: Family Health Program. Multidisciplinary Work. Health Education.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Salvador (BA), v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AVRITZER, Leonardo (Coord.). **Cadernos de Assistência Social: trabalhador**. Belo Horizonte: NUPASS, 2006. 188p.

BELO HORIZONTE (MG). Conselho Regional de Serviço Social. **Coletânea de Leis**. 4. ed. Belo Horizonte: CRESS 6ª Região, 2005. 423p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASILIA (DF). **Portaria n.º.1886, de 18 de**

dezembro de 1997. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 24 de Ago. 2009, 08h45min.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005. 133p.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF: contradições e novos desafios.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 19 de Ago. 2009, 08h50min.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.

MOREIRA, S. P. T., TAVARES, C.C. **Guia de Estudo: metodologia da Pesquisa Científica.** Varginha: GEAD-UNIS/MG, 2007. 64p.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p.567-86.

_____. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E. R.; BÓGUS, C. M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PEREIRA, Ana Lúcia et al (Coord.). **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 40p.

SANTOS, Idelci Silva et al. **Os avanços do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil.** Disponível em <<http://www.webartigos.com/articles/21277/1/os-avancos-do-programa-de-saude-da-familia-psf-no-brasil/pagina1.html>>. Acesso

em: 19 de Ago. 2009, 08h45min.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. **Educação em Saúde: novas perspectivas.** Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/esp/v15s2/1282.pdf>>. Acesso em: 24 de agosto de 2009.

SOUZA, Gleicione Aparecida Dias Bagne et al. **Manual de Normalização: trabalhos acadêmicos.** 4. ed. Varginha: UNIS, 2009, 128p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e atenção à saúde da família.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Educação Popular nos Serviços de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1989.